CONSIDÉRATIONS

N° 256.

ANATOMIQUES ET CHIRURGICALES

SUR LES HERNIES,

SUIVIES DE QUELQUES PROPOSITIONS MÉDICALES RELATIVES A L'INFLAMMATION ;

THÈSE

Présentée et soutenue à la Faculté de Médecine de Paris, le 10 décembre 1828, pour obtenir le grade de Docteur en médecine ;

PAR J.-ADOLPHE FERRAND, du Mans,

Département de la Sarthe,

Interne des hôpitaux de Paris ; ancien Élève de l'École pratique.

Elucescit theoriam physicam et anatomicam matrem quasi esse theoriæ medicæ, et hanc sine illâ nunquam esse solidam.

F. HOFFMANNUS.

A PARIS,

DE L'IMPRIMERIE DE DIDOT LE JEUNE

Imprimeur de la Faculté de Médecine, rue des Maçons-Sorbonne, n° 13.

1828.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Professeurs.

M. LANDRE-BEAUVAIS, Doyen.	Messieurs
Anatomie	CRUVEILHIER.
Physiologie	DUMÉRIL.
Chimie médicale	ORFILA.
Physique médicale	PELLETAN fils.
Histoire naturelle médicale	CLARION, *Suppléant*.
Pharmacologie	GUILBERT, *Examinateur*.
Hygiène	ANDRAL.
Pathologie chirurgicale	MARJOLIN. ROUX.
Pathologie médicale	FIZEAU, *Examinateur*. FOUQUIER.
Opérations et appareils	RICHERAND.
Thérapeutique et matière médicale	ALIBERT.
Médecine légale	ADELON.
Accouchemens, maladies des femmes en couches et des enfans nouveau-nés	DESORMEAUX.
Clinique médicale	CAYOL. CHOMEL. LANDRÉ-BEAUVAIS. RÉCAMIER.
Clinique chirurgicale	BOUGON. BOYER. DUPUYTREN, *Président*.
Clinique d'accouchemens	DENEUX, *Examinateur*.

Professeurs honoraires.

MM DE JUSSIEU, DES GENETTES, DEYEUX, DUBOIS, LALLEMENT, LEROUX, PELLETAN père, VAUQUELIN.

Agrégés en exercice.

Messieurs	Messieurs
Arvers.	Gibert.
Baudelocq	Kergaradec, *Examinateur*.
Bouvier.	Lisfranc.
Breschet.	Maisonabe.
Cloquet (Hippolyte).	Parent du Chatelet.
Cloquet (Jules).	Pavet de Courteille.
Dance.	Ratheau.
Devergie.	Richard.
Dubois.	Rochoux.
Gaultier de Claubry.	Rullier, *Suppléant*.
Gérardin.	Velpeau, *Examinateur*.
Gerdy.	

Par délibération du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A

MON PÈRE ET A MA MÈRE.

A MES ILLUSTRES MAÎTRES,

MONSIEUR LE BARON DUPUYTREN,

Premier Chirurgien du Roi et de l'Hôtel-Dieu de Paris ; Membre de l'Institut, etc.

MONSIEUR LE PROFESSEUR FOUQUIER,

Médecin de l'hôpital de la Charité; Membre de l'Académie royale de médecine, etc.

A MONSIEUR JULES PASQUIER,

Directeur-Général de la caisse d'amortissement ; Conseiller-d'État ; Chevalier de la Légion-d'Honneur.

Tribut de reconnaissance.

J.-A. FERRAND.

CONSIDÉRATIONS

ANATOMIQUES ET CHIRURGICALES

SUR LES HERNIES,

SUIVIES DE QUELQUES PROPOSITIONS MÉDICALES RELATIVES A L'INFLAMMATION.

Lorsque des parties molles ont franchi plus ou moins complètement l'épaisseur des parois de la cavité destinée à les contenir, à travers une solution de continuité ou à la faveur d'une disposition anatomique particulière qui rend en quelques points la résistance de ces parois insuffisante, la tumeur résultant de ce déplacement constitue une *hernie*.

Une plaie pénétrante ou une ulcération, la cicatrice qui succède à leur guérison, et dont la solidité est presque toujours moindre que celle des parties quelles ont intéressées, les intersections celluleuses qui séparent des organes plus résistans, une divarication primordiale ou accidentelle entre les fibres de ces organes, un arrêt dans leur développement, enfin les communications plus ou moins larges que les trajets vasculaires et nerveux établissent entre l'intérieur et l'extérieur des cavités, sont les voies principales à travers lesquelles

puissent s'opérer les déplacemens herniaires. La tumeur reste-t-elle engagée dans l'épaisseur des parois quelle traverse, on la dit *intra pariétale ;* elle est *externe* quand elle s'est échappée complètement, et arrive plus ou moins immédiatement sous les tégumens; *interne,* lorsqu'au lieu de s'effectuer dans cette direction elle s'engage dans une cavité voisine de celle d'où elle tire son origine, où, ce qui est assez rare, dans l'intérieur d'un viscère creux logé dans la même cavité, etc. Les tumeurs qu'on a désignées sous le nom de *hernies par relaxation* ne sont point de véritables hernies ; car les parois de la cavité qui en est le siége se sont laissé distendre et non point pénétrer par les parties contenues.

Les *viscères* ne sont point les seuls organes qui puissent faire hernie; en effet, les muscles peuvent éprouver un échappement partiel à travers leurs aponévroses d'enveloppe; l'humeur aqueuse, l'iris se font souvent jour à travers la cornée, et l'on peut considérer comme tout à fait analogue aux hernies l'issue de la muqueuse de certains organes creux entre les faisceaux de leur tunique musculeuse. Il est vrai de dire, cependant, que les déplacemens des organes contenus dans les cavités splanchniques sont infiniment plus fréquens et plus importans dans leurs résultats que ceux d'aucune autre partie molle; mais tous les viscères ne sont point également exposés à faire hernie; pour en être susceptibles, il faut qu'ils ne présentent point une masse trop considérable, et qu'ils jouissent d'une certaine mobilité, afin qu'ils leur soit possible de se mettre en rapport avec les ouvertures qui doivent leur donner passage. Ceci étant donné, on trouve dans les connexions mêmes qui existent naturellement entre les parties contenantes et les parties contenues une sorte de prédisposition au déplacement de ces dernières. En effet, partout existe entre les unes et les autres le contact le plus intime, sans que cependant il en résulte un obstacle aux mouvemens ; une membrane séreuse, développée de part et d'autre, concourt notablement à les faciliter. Ces mouvemens sont de diverses sortes, ils sont propres aux parties qui les éprouvent ou leur sont transmis ; mais, dans l'un comme dans

l'autre cas, à raison de la disposition anatomique précédemment indiquée, ils poussent les viscères contre les parois de leur cavité, et établissent ainsi une sorte de lutte continuelle entre la force centrifuge de ceux-ci et la résistance de celles-là. Dans l'état normal, l'équilibre existe entre ces deux forces; mais si l'impulsion des viscères devient accidentellement plus forte, ou si, restant la même, elle acquiert une prédominance relative, parce que les parois de la cavité ont perdu de leur solidité, alors une hernie pourra se former par quelqu'une des voies précitées : il résulte de là que les causes accidentelles des hernies sont de deux sortes sous le rapport de leur mode d'action; celles qui ont pour effet de diminuer la résistance des parois agissent d'une manière lente et graduelle, et quelquefois tellement inaperçue dans le principe, qu'on désignait autrefois les hernies qui se formaient sous leur influence exclusive *hernies spontanées*.

Les causes qui agissent en augmentant brusquement et d'une manière plus ou moins violente l'impulsion des viscères ont un résultat plus immédiat, plus prompt et plus frappant, qui les a fait considérer comme *efficientes*, et cependant elles sont rarement suffisantes pour opérer le déplacement, elles ne font la plupart du temps que l'accélérer ou l'augmenter. La plus grande part d'action appartient aux causes prédisposantes.

Lorsque la hernie est le résultat d'une plaie pénétrante, les parties déplacées se présentent à nu à l'extérieur, et la même circonstance peut s'observer dans quelques autres cas assez rares qui se rattachent à l'histoire des hernies abdominales en particulier; mais, ces cas exceptés, la tumeur est toujours recouverte par une enveloppe membraneuse formée aux dépens de la portion du feuillet séreux qui se présente au-devant des parties à l'instant où elles commencent à s'engager dans leur voie d'échappement; la laxité et l'élasticité du tissu cellulaire sous-jacent à cette membrane, et peut-être aussi une légère extension de sa part, lui permettent de se déployer sur la tumeur, de la suivre dans son trajet, et de lui former une espèce de bourse, qu'on désigne sous le nom de *sac herniaire*. Les

anatomistes ont accordé peu d'attention à ce sac dans les hernies de la tête et du thorax, il ne paraît pas jouer un rôle important dans leur histoire; son étude, au contraire, est du plus haut intérêt pour établir la théorie et le traitement des hernies du ventre.

Lorsque la tumeur formée par les parties déplacées est appréciable à l'extérieur, quelques phénomènes assez généraux peuvent en faire reconnaître la nature. Les impulsions accidentelles, communiquées par des secousses ou de grands efforts musculaires aux viscères contenus dans la cavité à laquelle elle appartient, augmentent son volume et sa rénitence; la sensation d'une locomotion ou d'une expansion manifeste est très-souvent alors perçue par les doigts placés sur le pédicule de cette tumeur: ces phénomènes cessent aussitôt que leur cause s'est dissipée. Les positions diverses qu'on peut imprimer à la cavité apportent aussi très-fréquemment des changemens notables dans son volume; il en est de même des mouvemens fonctionnels des organes aux dépens desquels s'est formée la hernie; ils augmentent ou diminuent accidentellement ses dimensions. Enfin, quand le déplacement est récent, dégagé de toute complication, et que l'ouverture herniaire est suffisamment large, une pression convenable peut faire rentrer les parties dans leur cavité, et quelquefois alors on peut reconnaître au doigt l'existence de cette ouverture; pour rendre l'épreuve complète, il suffit, le plus souvent du moins, de commander au malade quelque effort musculaire pendant qu'un doigt est appliqué au-devant de l'ouverture herniaire et exerce une certaine pression; on s'aperçoit alors très-distinctement de l'impulsion des viscères vers cette ouverture, et si on lève la compression, l'effort musculaire continuant, on voit la tumeur reparaître.

L'état de gêne et de contrainte qu'éprouvent nécessairement les parties déplacées y détermine une inflammation plus ou moins vive, source d'une foule d'altérations pathologiques, qui ont en général pour résultat plus ou moins prochain l'irréductibilité de la hernie. Les adhérences, l'hypertrophie, l'induration, sont au nombre des complications les plus remarquables; mais aucune

d'elles n'égale en gravité l'*étranglement.* Cet accident existe lorsqu'*une constriction plus ou moins forte exercée sur un point quelconque de la tumeur gêne, dans les parties soumises à son influence, la circulation et l'influx nerveux, et tend par suite à en déterminer la gangrène.* La manière dont cette constriction s'établit et s'exerce varie suivant la nature des tissus qui circonscrivent l'ouverture herniaire : sont-ils inertes, c'est-à-dire dépourvus de toute espèce de ressort ou de tendance au resserrement, ils jouent, si nous pouvons nous exprimer ainsi, un rôle tout à fait passif dans la production de l'étranglement, ce sont les parties déplacées qui s'étranglent pour ainsi dire elles-mêmes, en acquérant, par le fait de l'inflammation, un volume plus considérable que celui quelles avaient à l'instant de leur déplacement; lorsqu'au contraire le pourtour de cette ouverture est doué d'élasticité, et tend à revenir sur lui-même après s'être laissé distendre pour l'échappement de la hernie, l'étranglement est à la fois le résultat de cette sorte de réaction et de l'inflammation, qui se manifeste, dans ce cas, avec beaucoup plus d'intensité que dans le précédent. Le rôle important que nous attribuons à l'inflammation dans la production des symptômes de l'étranglement nous semble justifié par cette double circonstance, qu'aucune hernie ne s'est jamais gangrénée sans en avoir offert préalablement quelques traces, et que les antiphlogistiques peuvent faire cesser à eux seuls les accidens de l'étranglement.

Les *indications* très-générales que l'on peut avoir à remplir dans le traitement des hernies découlent des considérations dans lesquelles nous venons d'entrer sur leurs causes, leur mécanisme et les accidens dont elles peuvent se compliquer. Ces indications sont les suivantes :

1°. Faire rentrer dans leur cavité, par des pressions convenables, les parties déplacées, si les altérations dont elles ont pu devenir le siége n'y mettent obstacle. L'opération par laquelle on atteint ce but est le *taxis*, son résultat s'appelle *réduction.*

2°. Maintenir la réduction au moyen d'une compression méthodique.

3°. Soutenir les hernies non réductibles de manière à prévenir tout déplacement ultérieur, et les mettre à l'abri des violences extérieures.

4°. Lever l'étranglement, et remédier aux suites fâcheuses qu'il peut avoir eues.

Nous aurons occasion de détailler les moyens de remplir ces diverses indications dans l'histoire des hernies abdominales, à laquelle nous allons être conduits en comparant la fréquence relative des hernies dans les trois cavités splanchniques, et en cherchant à expliquer les différences qu'elles peuvent offrir sous ce rapport.

La structure osseuse du crâne, l'étroitesse des ouvertures que présentent ses parois, le volume considérable de l'encéphale, la connexion intime de toutes ses parties, la nature des mouvemens qu'il exécute et qui consistent dans un soulèvement en masse, et une tendance à l'ampliation, qui produit dans toutes ses parties à la fois une tension égale, sont des circonstances qui rendent la production des encéphalocèles impossible dans l'état normal, et difficile lors même qu'une perte de substance existe aux os du crâne. Ces hernies sont le plus souvent congéniales, et se sont effectuées alors à travers quelqu'un des points de la voûte crânienne, que l'ossification n'a point encore envahie. Quelquefois cependant leur formation est accidentelle, et reconnaît pour cause une perte de substance aux os du crâne, telle que celle qui résulte de l'opération du trépan, ou d'une carie, etc. Lorsque la tumeur est congéniale, elle est plutôt la conséquence d'un vice de développement, ou d'une maladie organique du cerveau, qu'elle ne constitue un mode de déplacement dont le mécanisme soit analogue à celui que nous avons assigné aux hernies en général; dans le cas contraire, le mouvement d'expansion dont le cerveau est animé devient la cause productrice du déplacement, en se faisant ressentir plus énergiquement dans la partie du cerveau qui correspond à la perte de substance du crâne. — La réaction de l'air comprimé de toutes par parts les *parois thoraciques*, lors des efforts d'expiration,

agit d'une manière tout à fait analogue pour engager une portion plus ou moins considérable du poumon au travers d'une plaie pénétrante ou d'une fracture de côte. Ces circonstances sont en effet nécessaires pour qu'un pneumonocèle puisse se former, les parois de la poitrine offrant une texture et une solidité qui ne permettent aucun déplacement dans l'état normal.

Hernies abdominales.

Ces hernies sont infiniment plus fréquentes que celles des deux autres cavités splanchniques. La grande mobilité du tube intestinal qui les forme le plus ordinairement, sa structure canaliculée et la flexibilité de ses parois, les impulsions excentriques et énergiques que lui communiquent à chaque instant les muscles de l'abdomen, et enfin les ouvertures assez nombreuses que présentent les parois de cette cavité, sont des prédispositions naturelles qui favorisent très-puissamment leur formation. Il faut observer cependant qu'elles ne se développent point indifféremment sur tous les points de sa circonférence; la paroi antérieure en est le siége le plus ordinaire, parce qu'elle est en rapport avec les viscères les plus disposés au déplacement, leur présente les issues les plus faciles à franchir, et que c'est dans la direction de ces ouvertures que s'exercent surtout les diverses impulsions dont ils peuvent être animés.

Le sexe et l'âge font varier, pour le même anneau ou entre les divers anneaux, la facilité plus ou moins grande avec laquelle ils peuvent se laisser franchir par les viscères : ainsi la hernie ombilicale proprement dite est presque toujours une maladie congéniale ou de la première enfance; à une époque plus avancée de la vie, les viscères éprouvent moins d'obstacle à s'échapper entre les fibres aponévrotiques de la ligne blanche que de difficulté à surmonter la résistance de la cicatrice ombilicale. La hernie inguinale est plus fréquente chez l'homme que chez la femme, parce que le canal inguinal offre chez lui de plus grandes dimensions que le canal crural; l'inverse a lieu

chez celle-ci. — Le canal inguinal du fœtus mâle, ou même celui de l'enfant pendant un certain temps après sa naissance, ne présente pas l'obliquité qu'il doit offrir plus tard ; il ne consiste presque qu'en une simple ouverture qui établit une communication directe de l'intérieur du ventre à l'extérieur, et, de plus, la cavité de la tunique vaginale communiquant avec celle du péritoine forme une espèce de sac herniaire tout prêt à recevoir les parties qui pourraient s'échapper : double circonstance qui, à cette époque de la vie, favorise singulièrement la formation du bubonocèle. Nous observerons même ici, par occasion, que la communication de la tunique vaginale avec la cavité du péritoine peut persister presque indéfiniment, et que le déplacement des viscères, que favorise cette disposition, peut s'opérer à une époque quelquefois très-éloignée de celle de la naissance, en sorte que la hernie inguinale qui se forme alors serait beaucoup mieux désignée sous le nom de *hernie de la tunique vaginale*, proposé par M. *Dupuytren*, que sous celui de *bubonocèle congéniale*. Enfin, chez les très-jeunes filles, le péritoine envoie parfois dans le canal inguinal un prolongement en forme de sac, analogue, sous certains rapports, à celui que forme la tunique vaginale, et qui peut devenir l'occasion d'un bubonocèle.

On a remarqué que les hernies abdominales ne sont point également fréquentes de l'un et de l'autre côté de la ligne médiane. M. *Dupuytren* admet qu'elles le sont plus à gauche qu'à droite ; M. *Cloquet* est d'un avis contraire. L'un et l'autre attribuent le fait qu'ils tendent à établir à ce que l'effort par lequel on soulève de terre un fardeau se fait ordinairement avec le bras droit ; mais ils ne conçoivent point de la même manière le mécanisme du déplacement sous l'influence de cet effort. Le premier, en effet, croit qu'il s'opère ou tend à s'opérer à l'instant où le corps est incliné vers le poids à soulever et où l'on commence à agir sur ce poids ; le second pense, au contraire, que c'est plus tard, et lorsque le tronc se dévie en sens opposé. Dans le premier temps, l'impulsion communiquée aux viscères s'exerce à gauche ; dans le second, elle se fait ressentir à droite.

Les ouvertures naturelles auxquelles on a donné le nom d'*anneaux* sont, dans l'état normal, les issues les plus faciles que puissent rencontrer les viscères abdominaux ; aussi est-ce par eux que s'opère leur déplacement dans la très-grande majorité des cas. Cependant d'autres voies d'échappement peuvent leur être ouvertes : les unes, telles que le trou obturateur, l'échancrure ischiatique, sont naturelles comme les anneaux eux-mêmes ; les autres sont accidentelles, et consistent le plus souvent en un arrêt de développement, une divarication entre les fibres aponévrotiques ou musculaires, ou bien enfin en une disposition anormale établissant entre quelques muscles un intervalle qui diminue notablement en ce point la résistance des parois abdominales. C'est à la faveur de quelques-unes de ces circonstances anormales que les viscères peuvent s'échapper à travers le diaphragme, la ligne blanche ou tout autre point de la circonférence du ventre (hernies ventrales), le périnée, la paroi supérieure du vagin, ou enfin à travers le rectum, etc.

Tous les viscères abdominaux n'ont point une tendance égale à faire hernie. Les plus mobiles et les moins volumineux sont ceux qui se déplacent le plus fréquemment. Sous ce rapport, l'intestin se présente en première ligne, et ce sont celles de ses divisions qui présentent au plus haut degré les conditions précitées que l'on rencontre le plus ordinairement dans les hernies.

C'est en général par l'ouverture dont il est le plus rapproché que chaque viscère se déplace ; mais ce fait souffre des exceptions : on a vu l'estomac entraîné jusque dans le canal inguinal. — L'intestin grêle et l'épiploon se déplacent souvent ensemble à travers les anneaux ; mais ils peuvent se déplacer isolément, ainsi que les autres viscères.

La distinction que nous avons établie entre les causes accidentelles des hernies en général s'applique parfaitement à celles des hernies abdominales en particulier ; la plupart même de ces dernières ont une influence analogue et commune sur les viscères des trois cavités splanchniques.

Les plaies pénétrantes, les cicatrices de ces plaies, surtout quand

elles sont larges, un amaigrissement subit après un grand embonpoint, de fortes contusions, des grossesses répétées, des hydropisies, l'hypertrophie des viscères contenus dans le ventre, les tumeurs développées dans cette cavité, la génuflexion habituelle, la mollesse des tissus chez les enfans et les individus lymphatiques, agissent en affaiblissant plus ou moins directement les parois abdominales. — Les diverses secousses qui peuvent être communiquées au corps, les efforts musculaires provoqués par une toux violente et opiniâtre, par les rétrécissemens de l'urètre, une forte pression exercée sur le ventre, etc., etc., ont pour effet d'exagérer l'impulsion des viscères.

Quelle influence doit-on attribuer à la relaxation des replis du péritoine qui attachent l'intestin à la paroi postérieure de l'abdomen? *Scarpa* pense qu'elle est nulle de la part du mésentère, et la croit cependant une des conditions principales de la hernie du cœcum.

Certains états pathologiques peuvent être considérés comme causes prédisposantes des hernies abdominales : ainsi une tumeur développée dans l'épaisseur des parois abdominales affaiblit ces parois ; elle peut même entraîner le péritoine après elle dans son mouvement excentrique, et donner lieu de cette manière à la formation d'un sac tout prêt à recevoir les viscères qui auront de la tendance à s'échapper. C'est par un mécanisme analogue que l'hydrocèle ou le sarcocèle favorisent quelquefois la formation de la hernie inguinale.

D'après les calculs de M. *J. Cloquet*, le nombre des hommes atteints de hernies est bien plus considérable que celui des femmes. — Les individus robustes et qui se livrent habituellement à des travaux pénibles y sont plus exposés que ceux qui sont dans des circonstances opposées.

Sous l'influence des diverses causes que nous venons d'indiquer, le déplacement des viscères s'opère brusquement ou d'une manière lente et graduelle. Dans le premier cas, l'échappement se fait de vive force, les fibres aponévrotiques du contour de l'anneau se sont laissé distendre, mais leur élasticité ou ressort n'a été paralysé que momentanément ; elles ne tardent point à revenir sur elles-mêmes, et

à exercer sur les parties déplacées une constriction souvent assez énergique pour que la hernie s'étrangle, comme on le dit, aussitôt que sortie. Ce phénomène est d'ailleurs soumis, quant à son intensité et à la promptitude avec laquelle il s'établit, aux influences de l'âge, de la constitution du sujet, et à la nature des tissus que la hernie a dû franchir. Il est bien plus prononcé dans les anneaux que dans les ouvertures herniaires accidentelles. Les hernies qui se forment ainsi que nous venons de l'indiquer n'ont ordinairement et ne peuvent avoir qu'un volume peu considérable; cette circonstance donc, loin d'être favorable, comme on pourrait le croire au premier abord, aggrave le prognostic, puisqu'elle annonce l'imminence de l'étranglement.

Le mécanisme suivant lequel s'effectuent lentement et graduellement les hernies à travers les anneaux a quelque analogie avec celui qu'offre le travail de l'accouchement, lorsque la tête du fœtus lutte contre la résistance du col utérin : en effet, à chaque impulsion qu'ils reçoivent, les viscères viennent presser contre l'anneau et font effort pour s'y insinuer; l'effort cessant, ils rentrent dans l'abdomen; mais il arrive une époque ou l'anneau, par suite des pressions et de la distension répétées que les viscères lui ont fait éprouver, est suffisamment dilaté pour permettre à ces organes un échappement complet et permanent, il a alors presque complètement perdu son ressort; la hernie se présente dès le principe avec un volume assez considérable, et cependant elle a peu de tendance à s'étrangler, parce que l'anneau a des dimensions proportionnées à celles des parties qui le traversent, et qu'il ne réagit point sur elles. Pour que l'étranglement survienne dans ces circonstances, il faut que la tumeur acquière brusquement un volume plus considérable que celui qu'elle avait primitivement.

On conçoit que l'échappement des viscères sera plus ou moins tardif suivant la longueur du trajet qu'ils auront à parcourir et suivant la résistance des parties qu'ils traversent. L'influence du premier de ces deux obstacles est très-prononcée dans le canal inguinal; celle du second, dans l'anneau crural.

Quelque brusque que soit la formation d'une hernie abdominale, le péritoine n'éprouve jamais de rupture à l'instant où le déplacement commence; cette membrane séreuse jouit d'une force de cohésion beaucoup plus considérable qu'on ne pourrait le croire au premier aspect, et elle est capable de résister à une grande extension sans perdre son élasticité naturelle. Si on considère, en outre, que le tissu cellulaire sous-jacent lui permet, par sa laxité et son extensibilité, une locomotion très-prononcée, on ne s'étonnera point qu'elle accompagne les viscères dans leur développement, et se développe sur eux de manière à leur former un sac. La formation de ce sac peu offrir quelques particularités qu'il est bon d'indiquer : la plupart des organes contenus dans l'abdomen n'ont de connexions avec ses parois que par l'intermédiaire des replis comme ligamenteux que forme le péritoine en s'adossant à lui-même, après les avoir complètement enveloppés, d'où il résulte que ces viscères ne peuvent s'échapper en aucun point du ventre qui ne soit revêtu par le péritoine, et sans que la tumeur qu'ils forment ne s'en trouve complètement entourée. Mais on conçoit que, dans les cas où la hernie est constituée par des organes que le péritoine n'enveloppe qu'imparfaitement, la portion de leur surface que cette membrane laisse à nu se trouvera dans les mêmes circonstances après le déplacement, en sorte que la hernie pourra manquer complétement de sac si elle est exclusivement formée par cette portion de viscère, ou n'aura qu'un sac incomplet si une plus grande étendue de ce viscère y est logée. Un coup-d'œil jeté sur le mécanisme des hernies du cœcum nous fera comprendre ce que ce fait peut offrir d'obscur. En se portant vers l'anneau inguinal ou crural, cet intestin entraîne plus ou moins énergiquement la portion du péritoine, qui, après avoir passé au-devant de lui, contribue à le fixer dans la région ilio-lombaire; le tissu cellulaire qui forme ses principales adhérences dans cette région s'allonge aussi vers les anneaux, en sorte que le cœcum, en suivant cette direction, reste toujours en contact avec les parois abdominales; or, ces parois lui impriment un léger mouvement semi-circulaire en vertu duquel c'est

la portion de sa surface que ne revêt point le péritoine qui se présente la première à l'ouverture par laquelle doit s'opérer le déplacement; si donc ce déplacement est peu considérable, la hernie, exclusivement formée par cette portion du viscère, pourra ne pas avoir de sac; mais si la tumeur acquiert plus de développement, elle en offrira un plus ou moins large, formé à la fois par le péritoine de la région ilio-lombaire et par celui qui avoisine l'anneau. La partie de l'intestin qui est en dehors de ce sac occupe le côté externe de la tumeur; la hernie formée par l'S iliaque du colon est dans le même cas que celle du cœcum.

Après avoir franchi l'anneau, la tumeur éprouve ordinairement moins de résistance à son développement; elle tend en général à prendre une forme arrondie; mais sa figure ainsi que sa direction peuvent subir de nombreuses modifications, par suite des obstacles qu'elle éprouve de la part des tissus au milieu desquels elle vient se loger; elle se dévie fréquemment de sa direction primitive, et l'un des cas de ce genre les plus remarquables est celui d'une hernie inguinale qui, après avoir franchi l'anneau, rentrait dans le ventre à travers l'aponévrose du grand oblique. Il est très-important de connaître exactement les changemens de direction qu'éprouve ordinairement chaque espèce de hernie, afin de diriger convenablement les efforts de réduction.

Lorsque le développement du sac herniaire s'est opéré spécialement aux dépens de l'extensibilité du péritoine, ou lorsque la tumeur acquiert un volume extrême, les parois de cette enveloppe peuvent s'amincir au point de se rompre; cet accident n'est même pas très-rare, et plus d'une fois il a donné lieu de croire qu'une hernie n'avait point eu primitivement de sac. La tumeur devient généralement alors inégale, bosselée.

Tant que la hernie est récente et libre, et que les parties qui la forment n'ont éprouvé d'autres lésions qu'un changement de direction et de forme nécessairement lié au déplacement, elle ne donne lieu d'ordinaire qu'à des troubles fonctionnels, légers et fugaces, à moins

cependant que ce déplacement ne soit très-considérable ; ainsi l'épiploon, engagé en presque totalité dans l'anneau, exerce sur l'estomac une traction qui peut gêner très-notablement la digestion, et peut en outre faire obstacle aux mouvemens d'extension du tronc. Lorsqu'une anse intestinale plus ou moins longue s'est échappée du ventre, les matières fécales éprouvent, pour y pénétrer, une difficulté plus ou moins grande qui peut donner lieu à des coliques, et une fois qu'elles y sont entrées, diverses circonstances anatomiques et physiologiques peuvent les y retenir, et le moindre accident qui puisse survenir alors est l'*engouement*.

Lorsque l'épiploon se rencontre en même temps que l'intestin dans une hernie, il est ordinairement placé au devant de lui, l'enveloppe, et peut même le dérober à la vue de l'opérateur. Quant aux parties au milieu desquelles se loge la hernie, les effets immédiats que produit sur elles le déplacement consistent dans des déviations et une gêne plus ou moins grande apportées par la compression au jeu de leurs fonctions. L'inflammation chronique, qui s'établit constamment dans les parties déplacées d'une manière permanente, y détermine des altérations pathologiques fort nombreuses et très-importantes à connaître.

L'épiloon s'hypertrophie, s'indure, se pelotonne, devient squirrheux, ou bien se charge d'une grande quantité de graisse ; quelquefois il éprouve une solution de continuité, à travers laquelle l'intestin peut s'engager. Celui-ci éprouve assez souvent, dans la partie de sa circonférence qui est serrée par l'anneau, et quelquefois par-delà, un rétrécissement plus ou moins considérable, avec épaississement de ses parois ; une fois ou deux on l'a trouvé complètement oblitéré. Dans quelques cas d'engouement, ses parois ont paru notablement amincies ; plusieurs fois on l'a trouvé entortillé sur lui-même ou autour de l'épiploon d'une manière plus ou moins inextricable ; enfin, des fausses membranes ont été observées sur sa face interne comme sur l'externe.

Le mésentère ou les ganglions peuvent devenir le siége d'un engor-

gement chronique, et il est, ainsi que l'épiploon, susceptible d'être traversé par l'intestin à la faveur d'une perforation.

Le collet du sac, plus fortement pressé qu'aucun autre point de ses parois, est très-souvent rétréci par une induration circulaire en forme de bourrelet, qui n'offre qu'une extensibilité très-bornée. Ce bourrelet annulaire peut occasionner l'étranglement, parce que de nouvelles parties pénètrent plus ou moins violemment dans le sac herniaire, malgré sa résistance, et peut-être aussi, dans quelques cas, parce que l'inflammation dont il est le siége, prenant une marche plus aiguë, augmente plus ou moins soudainement son épaisseur. Lorsqu'il rétrécit tellement l'entrée du sac que d'autres organes ne puissent s'y insinuer, ceux-ci peuvent lui faire éprouver un déplacement plus ou moins considérable en le poussant devant eux; ou bien ils glissent entre lui et le contour de l'anneau, et se forment un sac sur l'un des côtés de l'ancien. C'est ainsi que se forment les sacs dits en *chapelet* et en *besace*. Des adhérences s'opposent rarement à leur production, parce que le collet du sac, éprouvant continuellement un mouvement de déplacement, par suite de l'impulsion des viscères, n'en contracte point, ou n'en contracte que de très-lâches avec l'anneau. Cette circonstance explique encore pourquoi on peut faire rentrer complètement derrière ses parois abdominales une hernie étranglée par le collet du sac sans avoir levé la constriction.

Les parois du corps du sac sont quelquefois amincies, perforées par rupture ou par absorption; d'autres fois elles sont épaissies, indurées, mais jamais elles ne deviennent le siége de rétrécissemens annulaires analogues à ceux qui se forment au collet. Lorsqu'on rencontre de ces rétrécissemens au-dessous de l'anneau, ils ont eu l'origine que nous avons précédemment indiquée. Le sac peut en outre subir une foule de transformations, depuis la simple conversion celluleuse jusqu'à l'ossification; sa cavité peut devenir le siége d'une véritable hydropisie, ou plus souvent d'une exudation pseudo-membraneuse, qui est la source des adhérences.

Le tissu cellulaire extérieur au sac se condense, forme des couches

très-minces, superposées les unes aux autres, et semblables à des feuillets aponévrotiques. D'autres fois ce tissu devient comme squirrheux ; il se charge de graisse, dont l'aspect peut simuler l'épiploon, ou bien enfin des kystes séreux se développent dans son épaisseur.

Parfois on trouve le pourtour de l'anneau épaissi, induré ; mais ce cas est rare : le plus ordinairement, au contraire, il s'amincit de plus en plus, et même les fibres aponévrotiques qui se forment peuvent passer à l'état celluleux.

Enfin, lorsque le déplacement a été très-étendu, et que la hernie n'a jamais été réduite, les parois abdominales reviennent sur elles-mêmes, de manière à s'opposer, au bout d'un certain temps, à la réduction.

L'inflammation chronique, qui est la source de toutes les lésions anatomiques que nous venons d'indiquer, reconnaît pour cause l'état de contrainte dans lequel se trouvent toutes les parties qui sont intéressées dans la hernie, la pression exercée par les organes environnans et les froissemens extérieurs.

Diagnostic.

Lorsque les parties déplacées se présentent immédiatement à l'extérieur, au travers d'une solution de continuité, leur aspect suffit pour caractériser la nature de la tumeur qu'elles forment ; mais, dans le cas où des tissus plus ou moins épais recouvrent la hernie, on ne peut plus établir son diagnostic que sur des signes rationnels, qui ne mettent point toujours à l'abri d'une erreur, puisque d'autres tumeurs peuvent y donner lieu. Dans quelques cas, les commémoratifs sur le mode de développement de la tumeur, et l'occasion qui paraît avoir déterminé l'apparition, peuvent seuls servir à résoudre la question. Cependant, lorsque les parties ont complètement franchi l'épaisseur des parois abdominales, on peut généralement reconnaître une hernie abdominale d'une manière assez certaine, à la faveur des symptômes que nous avons assignés aux hernies en général, à sa si-

tuation au-devant de quelqu'une des ouvertures naturelles des parois de l'abdomen, à ses connexions intimes avec cette ouverture, dans laquelle elle renvoie évidemment un prolongement, en sorte qu'il est impossible de lui imprimer un déplacement en masse. Lorsqu'on a opéré la réduction, il est presque toujours possible de reconnaître avec le doigt la dilatation qu'a éprouvée l'anneau aponévrotique ; tous les changemens qui peuvent être occasionnés dans la tumeur par suite des efforts musculaires y sont plus prononcés que dans les hernies des autres cavités. La nature des troubles fonctionnels qui résultent du déplacement des viscères abdominaux, et la cessation de ces accidens, lorsque la tumeur est réduite, sont encore deux circonstances propres à compléter le diagnostic des hernies abdominales considérées en général. Il appartient à l'histoire de chacune de ces hernies en particulier de nous faire connaître les diverses tumeurs avec lesquelles elles pourraient être confondues. — Certaines hernies abdominales peuvent échapper à l'observation, à cause de leur peu de volume ou de leur situation profonde. Quelques hernies ventrales sont souvent dans ce cas, et M. *Dupuytren* a eu occasion de vérifier que si la hernie crurale était considérée autrefois comme très-rare chez l'homme, cela tient à ce que la difficulté que cette hernie éprouve chez lui à franchir l'anneau crural la retient souvent pendant un très-long temps cachée sous le ligament de *Fallope* et l'extrémité supérieure du repli falciforme.

Pour reconnaître l'existence des hernies de ce genre, il faut mettre les muscles et les aponévroses de l'abdomen et de la cuisse dans le plus grand relâchement possible, et explorer minutieusement toutes les régions où elles peuvent se montrer, en commençant par celles où se trouvent les anneaux, et en recommandant de temps en temps au malade de faire des efforts d'expiration.

Quelques symptômes peuvent servir à déterminer la nature des organes contenus dans les hernies abdominales. Ainsi l'*entérocèle* est élastique; les efforts musculaires lui impriment un mouvement d'expansion très-notable. Sa réduction se fait ordinairement en bloc, et

quelquefois avec gargouillement ; sa forme est plus régulièrement arrondie, et sa pesanteur moindre que celle de l'*épiplocèle*. Celle-ci a une consistance molle, pâteuse, présente des bosselures à sa surface et une forme allongée; sa réduction est lente et graduée.

L'*entéro-épiplocèle* a des caractères mixtes.

Prognostic.

La réduction des hernies est plus facile chez les enfans que chez les adultes ; une constitution molle et lâche est une circonstance qui la facilite à quelque âge de la vie que ce soit ; une hernie qui s'est formée lentement est moins grave que celle qui s'est opérée brusquement et de vive force. Les entérocèles sont plus fâcheuses que les épiplocèles, et surtout que les hernies formés seulement par des appendices graisseux, quoique ces hernies puissent donner lieu aussi, dans certains cas, aux accidens de l'étranglement le plus intense. Le prognostic varie, pour les entérocèles, suivant la portion du tube intestinal qui s'est déplacée. L'entéro-épiplocèle est plus grave que l'entérocèle ou l'épiplocèle simple. Les hernies qui se font par les ouvertures naturelles sont plus exposées à l'étranglement que celles qui s'échappent par une solution de continuité accidentelle.

Traitement.

Il faut d'abord, au moyen d'une position convenable, mettre dans le relâchement toutes les parties qui ont une connexion plus ou moins directe avec celles que traverse la hernie, et placer la cavité à laquelle appartiennent les viscères déplacés dans une position déclive par rapport à la tumeur. Si le sujet est jeune et vigoureux, la hernie récente et brusquement formée, si l'anneau est tendu et exerce une constriction un peu forte sur le col de la tumeur, une ou deux saignées, des bains, des narcotiques, des clystères, des sangsues, s'il y a quelques traces d'inflammation locale, sont autant de moyens ca-

pables de faciliter la réduction : on procède ensuite au taxis. Pour en bien diriger les efforts, et ne point fatiguer la tumeur par des pressions inconsidérées, on doit tenir compte de la direction primitive suivant laquelle les parties se sont déplacées, des déviations quelles peuvent avoir éprouvées après avoir franchi les anneaux ; on s'informe du malade si sa hernie rentrait habituellement, et dans quelle position sa réduction s'opérait le plus facilement ; on lui prescrit de ne pas contrarier les efforts du taxis par des efforts en sens opposé, et on cherche par divers propos à détourner son attention; on ne fera que des efforts modérés, sans les trop prolonger, dût-on les répéter souvent et à des intervalles plus ou moins longs.

Avec l'une de ses mains, l'opérateur presse les parties contenues dans la tumeur, de manière à ce quelles ne se présentent point en masse à l'anneau, mais partie par partie et dans la direction convenable, tandis qu'avec les doigts de l'autre main, placés immédiatement au-devant de cet anneau, il s'oppose à la sortie des parties déjà réduites. Il lui est facile de reconnaître, à la sensation que ses doigts lui font éprouver, si la réduction est réelle ou n'est qu'illusoire. Il doit être averti que, malgré la disparition de la tumeur, les organes quelle contenait peuvent rester engagées dans l'épaisseur des parois, et y éprouver tôt ou tard une constriction funeste. Cet accident, assez commun dans les cas de plaies pénétrantes avec issue des viscères, peut exister aussi dans les autres espèces de hernies ; pour y remédier, on doit s'assurer si l'anneau est libre et permet au doigt de s'y insinuer plus ou moins profondément, si nulle tuméfaction ou tension contre-nature ne se fait sentir sur le trajet du canal dont cet anneau est l'orifice extérieur. Si ce cas se rencontrait, il faudrait faire ressortir la tumeur et recommencer le taxis.

Quand l'orifice du sac et, par conséquent, l'anneau sont très-larges, la réduction se fait avec la plus grande facilité ; mais la récidive est aussi très-facile, parce que l'anneau ne revient pas sur lui-même, et que le sac, qui, dans ces cas, est ordinairement très-large, n'a pas de tendance à s'obliterer et reste comme béant au-devant des parties

que le moindre effort peut expulser dans l'abdomen. La forme allongée et pyriforme du sac est une circonstance favorable à la réduction ; sa forme globuleuse, les bosselures et la multiplicité des axes qu'il peut présenter accidentellement la rendent, au contraire, difficile. Quand les parties contenues offrent un volume et une forme irrégulière, leur rentrée ne s'opère que lentement et par secousses.

L'intestin déplacé contient-il des gaz, des fèces, on doit les refouler dans le ventre par des pressions prolongées en tous sens sur la tumeur, administrer des lavemens, mais ne recourir aux purgatifs qu'avec la plus grande réserve. Dans ces cas, il arrive quelquefois qu'une portion de l'intestin rentre dans l'abdomen, laissant derrière elle une autre portion tellement distendue par les matières quelle contient, que sa réduction est impossible. Il faut alors faire ressortir les parties réduites, pour y étendre et disséminer ces matières et les faire refluer dans le ventre.

Lorsque l'individu est jeune, que la hernie est récente, formée d'une manière brusque, peu volumineuse, le pourtour de l'anneau peut revenir sur lui-même, de manière à recouvrer ses dimensions et sa résistance primitives. Le sac lui-même peut devenir le siége de phénomènes qui concourent à prévenir la récidive ; ainsi l'élasticité du tissu sous-péritonéal, aidée par la pression qu'exercent sur le sac les parties qui lui sont extérieures, déterminent parfois la réduction complète de cette enveloppe. — D'autres circonstances encore sont susceptibles de favoriser cette réduction ; telles sont, l'espèce de locomotion que fait éprouver au péritoine l'ampliation de certains viscères, la formation d'un nouveau sac herniaire dans le voisinage et aux dépens de l'ancien, les contractions du crémaster dans les cas de bubonocèle, etc,, etc.

Lorsque la largeur du sac, son ancienneté et les adhérences qu'il a contractées s'opposent à sa réduction, il peut cependant encore éprouver de tels changemens qu'il ne soit plus apte à recevoir les parties qui tendraient à s'échapper du ventre ; ainsi la laxité de ses adhérences à l'anneau peut lui permettre de se resserrer et de s'obli-

térer en ce point, il en résulte une espèce de bouchon plus résistant que ne l'est dans l'état normal la portion correspondante du péritoine. Quant au corps du sac, s'il est peu adhérent aux parties circonvoisines, s'il n'est pas rempli de sérosité, il se rétrécit et se raccourcit en remontant vers l'anneau, et vient s'appliquer derrière l'espèce de cicatrice que représente son col oblitéré, et ajoute à sa résistance. — Mais, lorsque le sac est très-adhérent dans toute son étendue à des parties peu extensibles, il n'éprouve pas ce mouvement d'ascension, il se rétrécit seulement, devient fusiforme, et peut se convertir alors en un kyste séreux ou disparaître par absorption.

Une espèce de tampon formé par une portion d'épiploon adhérente à l'anneau peut encore opposer un obstacle efficace à la reproduction de la hernie.

Replacé dans le ventre peu de temps après sa sortie, l'intestin reprend ordinairement avec sa disposition normale le libre exercice de ses fonctions ; quelquefois, cependant, il reste plus ou moins rétréci dans les points sur lesquels s'exerçait la pression de l'anneau, ou bien la contractilité de l'anse intestinale, affaiblie par suite de la position forcée dans laquelle elle s'est trouvée pendant un temps plus ou moins long, apporte un certain obstacle à la circulation des matières intestinales, et occasionne quelques coliques. Des lavemens et de doux laxatifs suffisent ordinairement pour remédier à ces légers accidens.

Si l'épiploon était engorgé, induré, il se résout le plus souvent après sa réduction; mais il peut arriver que son engorgement, persistant, comprime, irrite les viscères voisins, l'enflamme et donne lieu à une suppuration mortelle.

On maintient les hernies réduites au moyen d'une compression convenablement exercée. — Les bandages à l'aide desquels on produit cette compression varient dans leurs formes suivant le lieu de leur application; mais il est des conditions que tous doivent remplir. La surface qui exerce la pression est convexe ; cette pression doit s'exercer sur une surface suffisamment large, c'est-à-dire au-delà des di-

mensions de l'anneau, et au besoin sur toute l'étendue du canal ou du trajet dont cet anneau est l'orifice extérieur ; elle doit agir, suivant l'axe de l'anneau ou du canal, c'est-à-dire en sens opposé de l'effort exercé par les viscères ; enfin, il ne faut pas quelle soit assez forte pour devenir douloureuse. De toutes les espèces de bandages, ceux qui remplissent le mieux toutes ces conditions sont les bandages élastiques en acier. On doit ne point trop les serrer lors de leur première application, et modérer les effets pénibles de la compression en la graduant.

Hors les cas favorables dont nous avons fait mention, le malade doit par prudence faire usage du bandage pendant toute sa vie, surtout s'il exerce une profession qui nécessite de fréquens efforts; ce n'est qu'après s'être mis au lit qu'il peut s'en débarrasser chaque soir.

C'est encore au bandage, et au bandage *seul*, qu'il faut recourir pour opérer la cure radicale dans les cas où les circonstances de la hernie permettent de croire à sa possibilité. Le bandage doit être porté jusqu'à ce qu'on se soit bien assuré que l'anneau a repris sa résistance première.

Complications des hernies.

Elles ont toutes pour effet commun d'entraver la réduction de ces tumeurs ; les principales sont, l'engouement, l'étranglement et les adhérences.

Adhérences. Nous avons vu précédemment sous quelle influence elles se forment ; leur étendue, leur forme, leur solidité sont très-variables, et dépendent surtout du degré d'ancienneté de la tumeur ; elles s'établissent quelquefois jusqu'en dedans de l'anneau, à l'intérieur du ventre, soit entre l'intestin et le voisinage de cet anneau, soit entre deux portions de l'intestin lui-même : d'où la production de certains étranglemens internes, primitifs ou consécutifs à la réduction.

Les hernies anciennes qui n'ont été que passagèrement ou même

jamais maintenues réduites, celles qui se sont étranglées ou enflammées plusieurs fois, surtout quand l'épiploon les forme en tout ou en partie, sont beaucoup plus fréquemment compliquées d'adhérences qu'aucune autre.

La connaissance de ces circonstances commémoratives, et l'impossibilité de réduire complètement la tumeur sans qu'elle offre d'autres causes appréciables d'irréductibilité, fournissent des présomptions en faveur de l'existence d'adhérences plus ou moins étendues, mais dont la nature ne peut être reconnue que quand l'opération est devenue nécessaire. — Quelquefois elles permettent la réduction complète, mais cette réduction donne lieu le plus souvent à des accidens qui ne cessent que quand la tumeur reparaît à l'extérieur; ou bien il se passe dans les parties exterieures au sac, pendant le taxis, des phénomènes très-remarquables, qui ne permettent pas de révoquer en doute leur existence. On a proposé d'opérer la hernie compliquée d'adhérences comme si elle était étranglée, afin de détruire ces obstacles à la réduction. Mais comment prévoir si elles sont susceptibles d'être détruites? Ne sait-on pas que les hernies avec adhérences sont peu exposées à l'étranglement? Que sont d'ailleurs les légères incommodités dont elles sont accompagnées auprès des dangers de l'opération, qui, dans ces cas, serait très-compliquée. On ne doit donc opérer que quand ces hernies s'étranglent, ou, ce qui est assez rare, lorsqu'on peut reconnaître avec quelque certitude que les adhérences sont très-limitées, qu'elles sont lâches, et qu'en même temps elles donnent lieu à des accidens fâcheux. En général, on doit se borner à prescrire l'usage d'un bandage à pelotte concave ou d'un suspensoir, qui pressent modérément et graduellement la tumeur. De cette manière on prévient l'étranglement, en s'opposant à ce que de nouvelles parties s'echappent; et même, si le malade peut se décider à garder le lit pendant quelques mois, on peut obtenir la réduction de la hernie. On doit, dans ces cas, rendre la pelotte du bandage de moins en moins concave à mesure que la tumeur diminue de volume. Qu'arrive-t-il alors? Les adhérences ont-elles été détruites par absorption,

ou seulement ont-elles éprouvé une relaxation considérable? Cette dernière hypothèse nous paraît la plus fondée.

Le volume extrême des parties renfermées dans le sac joint à l'ancienneté de leur déplacement opposent quelquefois un obstacle puissant à la réduction. Les parois abdominales, revenues sur elles-mêmes, ont souvent rétréci dans ces cas la cavité du ventre d'une manière permanente, et les viscères qui s'en sont échappés ont, comme on le dit, perdu leur droit de domicile; si leur volume permettait encore de les y repousser, ils s'y trouveraient fortement serrés, et comme étranglés. Dans des cas de ce genre, le repos absolu et prolongé sur le dos, un régime peu nourrissant, l'usage presque journalier des évacuans et des saignées locales, les applications réfrigérantes proposés par *Astley Cooper*, celle d'une vessie remplie de mercure, d'après M. *Earle*, ont pu quelquefois déterminer, au bout d'un temps plus ou moins long, une réduction complète ou partielle de la hernie. Mais ces heureux résulats sont très-rares, et on trouve peu de malades qui veuillent se soumettre à un traitement aussi rigoureux, très-peu surtout qui puissent le supporter sans inconvénient; on ne doit donc y recourir que quand le malade est d'une bonne constitution, point trop âgé, bien portant du reste, mais très-sensiblement incommodé par sa hernie.

Engouement. Cet accident appartient exclusivement à l'entérocèle; il a lieu toutes les fois que l'anse intestinale, sortie du ventre, est obstruée par quelques-unes des matières qui circulent ordinairement dans le tube digestif, un corps étranger, tel que des vers amassés en peloton, une substance ingérée, réfractaire à l'action digestive, ou bien un excès dans la quantité des alimens, surtout quand ils sont de nature à donner beaucoup de résidu, provoquent quelquefois cette obstruction. Mais le plus souvent l'engouement se développe d'une manière spontanée, c'est-à-dire comme conséquence de la déviation qu'a éprouvé l'intestin, de l'état de contrainte dans lequel il se trouve, et probablement aussi parce que ses parois, affaiblies, ne

réagissent qu'à peine sur les matières qu'elles contiennent; aussi les hernies anciennes, volumineuses, irréductibles ou non contenues habituellement, sont-elles le siége le plus ordinaire de cet accident; les vieillards y paraissent plus exposés que les adultes, parce que chez eux la contractilité est en défaut dans le tube intestinal comme dans les autres organes musculeux.

L'entérocèle qui s'engoue se tuméfie plus ou moins brusquement sans symptôme appréciable d'inflammation locale; elle offre une consistance et une pesanteur variables, suivant les matières qui obstruent l'intestin : ces matières sont des gaz ou des fèces plus ou moins dures, qui rendent quelquefois la tumeur bosselée. Le malade est constipé; son ventre est ballonné et comme empâté, mais n'offre point la rénitence douloureuse qui caractérise la péritonite; le malade y ressent tout au plus de la plénitude et une sorte d'embarras; sa langue est plus ou moins chargée, blanche ou jaunâtre; il rend des gaz par la bouche. Plus tard surviennent des vomissemens d'abord muqueux ou bilieux, puis stercoraux; mais ces vomissemens diffèrent de ceux qui accompagnent l'étranglement, en ce qu'ils sont beaucoup moins rapprochés et moins violens; ils ne semblent avoir lieu que par une simple régurgitation. Après un temps plus ou moins long, l'engouement se termine par une évacuation alvine abondante; ou bien, au contraire, sa persistance développe tous les symptômes de l'étranglement proprement dit.

Étranglement. Cette complication des hernies est la plus grave de toutes; elle est commune à l'entérocèle et à l'épiplocèle; et peut même se manifester avec une intensité remarquable, lorsque la hernie est exclusivement formée par un appendice graisseux.

La constriction qui donne lieu à cet accident est le plus ordinairement exercée par les fibres de l'ouverture ou du canal aponévrotique, qu'occupe le pédicule de la hernie. Mais on peut dire qu'il n'est presque aucune des lésions anatomiques précitées qui ne puisse en devenir cause, presque aucune des parties intéressées dans la hernie

qui n'en puisse être le siége ; la réduction elle-même peut en être l'occasion, lorsque les parties, au lieu de reprendre dans le ventre leur position normale, se trouvent diversement engagées entre des brides membraneuses qui se sont formées à la surface interne des parois abdominales, par suite du déplacement lui-même. Il faut remarquer d'ailleurs que l'étranglement peut exister en plusieurs endroits à la fois, et que son siége le plus ordinaire n'est pas le même pour toutes les espèces de hernies

L'étranglement qui succède à l'engouement a généralement une intensité beaucoup moindre que celui qui se développe dans d'autres circonstances ; mais tous deux ont les mêmes symptômes caractéristiques : la hernie devient le siége d'une inflammation vive avec changement de couleur à la peau ; elle cesse d'être mobile sur son pédicule ; l'anneau est fortement tendu et soulevé, si c'est lui qui est le siége de la constriction; dans tous les cas, la partie de la tumeur sur laquelle cette constriction s'exerce est la plus sensible de toutes au contact ; elle est le point de départ des coliques plus ou moins vives qu'éprouve le malade. Tous les symptômes de la péritonite et de l'entérite aiguës ne tardent point à se manifester ; le malade vomit souvent et avec de grands efforts, et les matières de ces vomissemens deviennent bientôt stercorales : l'obstacle au cours des matières fécales n'en est point la seule cause, puisqu'on observe ce phénomène aussi bien dans l'épiplocèle que dans l'entérocèle. La seule intensité de l'inflammation peut déterminer l'action antipéristaltique des intestins.

Quelques affections gastro-intestinales, telles que des vomissemens spasmodiques, l'iléus, un étranglement interne, etc., se manifestant chez un individu atteint d'une hernie, peuvent en simuler l'étranglement si cette hernie était déjà irréductible; mais, dans ces cas, la douleur s'est primitivement développée dans le ventre, et si la hernie est devenue douloureuse aussi, ce n'est que consécutivement ; ce n'est jamais non plus que consécutivement qu'elle s'enflamme ; le plus souvent même elle n'éprouve aucune altération notable, l'anneau

n'offre point une tension extraordinaire, etc., etc. Quelquefois cependant, il faut en convenir, il est tout à fait impossible d'établir un diagnostic un peu certain; le meilleur parti à prendre alors est peut-être celui d'opérer comme si la hernie était réellement étranglée.

On peut, par une erreur inverse de celle dont nous venons de signaler le danger, méconnaître l'existence même d'une hernie étranglée Nous avons indiqué les causes de cette erreur et les moyens de l'éviter.

Il est probable que l'étranglement est produit par l'anneau, lorsqu'il s'est manifesté peu de temps après l'apparition de la hernie; on a lieu de croire, au contraire, qu'il reconnaît pour cause la constriction exercée par le collet du sac, induré et épaissi en forme de bourrelet, quand la hernie est ancienne, volumineuse, et qu'elle était habituellement mal contenue. Enfin nous avons dit déjà qu'on pouvait reconnaître dans un rétrécissement circulaire du corps du sac la cause d'un étranglement. M. *Dupuytren* a diagnostiqué plus d'une fois des étranglemens de ce genre.

Le prognostic de la hernie étranglée se tire de la marche plus ou moins rapide et de l'intensité des accidens; de l'âge, des forces du malade; du degré d'ancienneté de la tumeur, des circonstances dans lesquelles elle s'est formée, de son volume, de la nature des parties qui la constituent, de la résistance plus ou moins grande de l'anneau, et enfin du temps depuis lequel existent les accidens.

Il est souvent indispensable de faire cesser mécaniquement, c'est-à-dire par le débridement, la constriction qui occasionne les accidens; mais, avant de recourir à cette opération, on a dû faire usage de divers moyens susceptibles de simplifier l'état de la hernie, et d'en rendre la réduction possible, si elle n'était déjà irréductible avant de s'étrangler. Ces moyens agissent en faisant cesser l'inflammation dont les parties contenues dans le sac sont le siége, en amenant dans ces parties, ainsi que dans l'anneau lui-même, une détente plus ou moins prononcée, et enfin en diminuant les forces générales. — Le malade doit être couché dans la position la plus convenable, et astreint à une

diète sévère ; des bains lui sont administrés, après lesquels ou même pendant lesquels on essaie la réduction. Si ce moyen est insuffisant, et que le malade soit robuste, l'inflammation vive, une ou plusieurs saignées du bras, des applications de sangsues, les topiques émolliens, les opiacés, les lavemens, des boissons adoucissantes en petite quantité, sont fréquemment employés avec succès. On répète les efforts du taxis de temps en temps, sans les prolonger trop long-temps à chaque tentative, et on y renonce définitivement lorsqu'ils semblent aggraver les accidens. *Desault* et *Scarpa* ont observé que la terminaison par gangrène dépend, dans un très-grand nombre de cas, de ce que les efforts du taxis ont été mal dirigés. *Pott* remarque que, sur cinq malades affectés de hernie étranglée, on n'en perd pas plus d'un, quand on pratique de bonne heure l'opération ; les chirurgiens anglais y recourent en général très-promptement. — M. *Larrey* cite le cas d'une hernie étranglée que la gangrène avait déjà envahie au bout de deux heures. *Astley Cooper* regarde la sensibilité du ventre et la pression et sa tension comme une indication très-urgente d'opérer le débridement.

Lorsque la hernie est seulement engouée, on se soustrait assez ordinairement à la nécessité d'opérer, ou du moins il y a moins d'inconvénient à différer l'opération. — On peut prolonger davantage et répéter plus souvent les tentatives de réduction ; les pressions exercées sur la tumeur sont propres à faire rentrer dans le ventre les matières qui produisent l'engouement. Les débilitans sont rarement indiqués ; on leur substitue avec avantage les topiques répercussifs, les astringens, tels que la glace pilée, un mélange de nitre et de muriate d'ammoniaque dans une pinte d'eau ; les affusions d'éther à la manière des Anglais. Les purgatifs administrés par la bouche ne sont pas sans inconvéniens ; les lavemens ont peu d'efficacité, mais cependant ne doivent pas être négligés. On a plusieurs fois employés avec succès les clystères avec une infusion de feuilles de tabac, ou l'injection de la fumée de cette plante dans le rectum; mais ce moyen a quelquefois produit un empoisonnement mortel, quoique la dose

du médicament fut faible, par exemple, un gros en infusion dans une pinte d'eau. *Astley Cooper* cite dans ses Leçons quelques cas de ce genre.

Lorsqu'au lieu de recourir à l'opération aussitôt qu'on a reconnu l'inéficacité des autres moyens on abandonne la tumeur à elle-même, elle ne tarde point à offrir les symptômes suivans : elle diminue de volume d'une manière assez brusque, devient molle et crépite sous les doigts, il semble pendant quelques instans que l'état du malade se soit amélioré, le ventre s'est affaisé, les vomissemens ont cessé ou sont devenus plus rares ; mais bientôt se manifestent les symptômes rationnels de la gangrène, les parties renfermées dans la tumeur sont en effet frappés d'une destruction plus ou moins étendue. Si les adhérences salutaires n'ont point limités la gangrène, un épanchement mortel peut s'effectuer; dans le cas contraire, on peut espérer la guérison du malade, si d'ailleurs on a combattu avec succès la péritonite plus ou moins intense, qui existe presque toujours alors. La peau ne tarde point à s'ulcérer en un ou plusieurs points, le foyer gangréneux se déterge, et on peut juger alors de l'étendue des désordres.

Lorsque l'intestin entre dans la formation de la tumeur, il présente après la chute des escharres une ou plusieurs ouvertures qui donnent issue aux gaz stercoraux et aux fèces en quantité plus ou moins grande, suivant la largeur de ces ouvertures et l'obstacle plus ou moins considérable que ces matières éprouvent à suivre la voie normale ; cet obstacle résulte essentiellement du changement de direction qu'a dû subir l'intestin pour s'engager dans l'anneau, au-delà duquel il est venu faire tumeur, et il est en proportion de l'étendue de l'anse intestinale engagée dans la hernie. — Par suite du déplacement, cette anse intestinale perd la forme semi-circulaire qui lui est propre ; ses deux extrémités tendent à se rapprocher l'une de l'autre, tandis que sa partie moyenne s'allonge de manière à former un angle dont le sinus est dirigé en arrière, et dont le degré d'ouverture varie. Cette inflexion de l'intestin sur lui-même s'effectue surtout sur son bord mésenté-

rique, qui forme nécessairement alors dans sa cavité une saillie plus ou moins considérable, précisément au sommet de l'angle précité. C'est cette saillie, que *Scarpa* désigne sous le nom d'*éperon*, qui constitue le principal obstacle au passage des matières d'un bout de l'intestin dans l'autre. Pour franchir cet obstacle, elles sont obligées de prendre une direction coudée, tandis qu'une voie accidentelle se présente à elle, à peu près dans la direction du bout supérieur de l'intestin. Elles doivent donc avoir une tendance plus ou moins grande à s'échapper par cette voie. Mais on conçoit facilement que l'éperon est plus ou moins prononcé, suivant que l'intestin est seulement pincé dans l'anneau, ou bien qu'une anse intestinale entière s'y est engagée, et enfin suivant que celle-ci est plus ou moins longue. Le cas le moins favorable est celui où les deux bouts de l'intestin sont parallèlement placés et adossés l'un à l'autre.

Scarpa observe qu'une portion du sac, celle qui avoisine ou qu'embrasse l'anneau, échappe toujours ou presque toujours à la mortification, et forme autour des deux bouts de l'intestin une espèce d'embout qui peut devenir un des agens principaux de la guérison spontanée, en complétant la paroi intestinale dans le point où elle a subi une perte de substance.

C'est dans cet embout que les matières sont versées par le bout supérieur, pour être portées ensuite à l'extérieur ou dans le bout inférieur. Il a la forme d'un cône dont la base, unie à l'intestin par des adhérences qui préviennent les épanchemens, est tournée du côté du ventre, et dont le sommet tronqué offre l'orifice de l'anus contre-nature. M. *Dupuytren* a eu occasion d'observer des cas dans lesquels l'embout était remplacé par des fausses membranes susceptibles de remplir les mêmes usages, quoique avec beaucoup plus de difficulté. Dans d'autres cas, où la hernie était dépourvue de sac, *Travers* a remarqué que des granulations celluleuses provenant de l'épaisseur des parois abdominales et de la face externe du péritoine lui-même, pouvaient contribuer aussi à la guérison spontanée. Voici d'ailleurs comment l'embout concourt à cette guérison. Le mésentère, plus ou

moins fortement tiraillé vers l'anneau, réagit pour reprendre sa position et sa forme naturelles; d'un autre côté, les mouvemens dont l'intestin est continuellement agité exercent aussi sur lui un effort de réduction. En vertu des adhérences qui l'unissent à l'embout, celui-ci ressent l'effet de ces diverses tractions, et tend par cela seul à s'effacer. La base du cône qu'il représente s'évase de plus en plus, à mesure que le péritoine rentre dans le ventre; tandis que son sommet éprouve un mouvement de resserrement qui a pour effet de déterminer l'occlusion de l'anus contre-nature. Une cicatrice s'établit en ce point, et la continuité des deux bouts de l'intestin se trouvant ainsi rétablie, les matière stercorales s'échappent par la voie normale. Un temps généralement assez long est nécessaire à la production de cet heureux résultat et à sa confirmation, car fréquemment des accidens viennent contrarier les efforts de la nature, surtout quand l'occlusion de l'orifice fistuleux s'est opérée trop promptement, c'est-à-dire avant que l'intestin ait éprouvé au degré convenable le mouvement de retrait qui doit effacer l'éperon. *Desault* a vu un anus contre-nature n'être complètement guéri qu'au bout de deux ans : *Lecat* en cite un autre dont la guérison n'eut lieu qu'après vingt ans.

Dans les cas les moins favorables, qui sont malheureusement aussi les plus fréquens, les efforts de la nature se bornent à rétrécir plus ou moins l'anus anormal. Pendant que le bout supérieur de l'intestin est continuellement dirigé en avant par les matières qui le traversent, le bout inférieur rentre graduellement dans l'abdomen, circonstance qui sert à expliquer à la fois l'impossibilité d'une réunion directe de ces deux bouts, et la difficulté quelquefois très-grande qu'on éprouve à trouver la cavité de l'inférieur, lequel ne s'oblitère point, comme on l'a cru, mais se rétrécit seulement au bout d'un certain temps; des mucosités épaisses le remplissent ordinairement.

L'orifice fistuleux de l'anus contre-nature est presque toujours unique. La peau qui le circonscrit s'enfonce légèrement vers le trajet dont il est l'aboutissant, et se continue avec la muqueuse accidentelle qui tapisse ce trajet; tout à l'entour elle offre des rides, une

rougeur érysipélateuse, et quelquefois des indurations ; mais il est très-rare qu'elle soit décollée. Des humidités stercorales la baignent sans cesse, parce que l'anus contre-nature est dépourvu de sphincter. — Dans quelques cas assez rares, plusieurs orifices fistuleux viennent aboutir à un trajet commun, ou bien l'anus, pour ainsi dire multiple, s'établit par plusieurs perforations sur une anse intestinale qui fait saillie à l'extérieur. Ce cas a été observé quelquefois par M. *Dupuytren*.

L'anus anormal est toujours une affection fâcheuse et dégoûtante ; il peut compromettre l'existence, lorsqu'il a son siége sur une portion d'intestin voisine de l'estomac. Les matières auxquelles il donne alors passage sont peu ou point fétides, quelquefois un peu acides ; elles offrent souvent des débri d'alimens à moitié digérés, et de cette circonstance on a cherché à tirer parti pour déterminer leurs divers degrés de digestibilité. L'anus contre-nature peut en outre se compliquer de renversement de l'un ou de l'autre de ces deux bouts, plus souvent du supérieur, et cela malgré l'étroitesse de l'orifice fistuleux. Ce renversement lui-même peut donner lieu à un étranglement funeste, surtout quand c'est le bout supérieur qui en est le siége, parce qu'il y a alors rétention des fèces. Quand le renversement est récent, on le reconnaît à l'existence d'une tumeur conoïde, d'un rouge plus ou moins vif, offrant de temps à autre un mouvement vermiculaire, très-remarquable ordinairement, suivi de l'expulsion de matières stercorales par sa partie centrale. Ce mouvement peut être provoqué quelquefois par le moindre contact. La quantité et la nature des matières excrétées peuvent servir à distinguer à quel bout de l'intestin appartient cette tumeur. Lorsqu'elle existe depuis long-temps, la muqueuse intestinale perd sa coloration rouge-vif, et semble se recouvrir d'un léger épiderme analogue à celui de la peau ; les mouvemens péristaltiques ou antipéristaltiques sont alors nuls ou peu sensibles.

Le renversement a, dans quelques cas, été porté à un tel point que deux pieds d'intestin pendaient à l'extérieur. Les causes de cet accident sont sans doute le mouvement péristaltique de l'intestin lui-

même, les impulsions qui lui sont accidentellement communiquées, et peut-être aussi la pression des matières qui le traversent, lorsqu'elles offrent un volume considérable en même temps qu'un certain degré de consistance. Enfin, il nous semble que, dans quelques circonstances, la tumeur peut être exclusivement formée par la muqueuse relâchée ou boursoufflée.

Opération de la hernie étranglée.

On a pour but, en pratiquant cette opération, de faire cesser l'étranglement, et de remédier aux diverses lésions qu'il peut avoir déterminées. — Pour remplir complètement ces deux indications, il faut ouvrir le sac herniaire dans toute sa longueur, afin de s'assurer de l'état des parties qu'il renferme, et de ne point être exposé à laisser persister la véritable cause de l'étranglement. *Astley Cooper* a proposé de ne pas prolonger l'incision jusqu'à l'anneau, afin que la cicatrice de la plaie soit plus prompte et le danger de la péritonite moins imminent ; mais ce double avantage, que nous croyons d'ailleurs peu décidé, disparaît devant des inconvéniens beaucoup plus réels. Pour arriver au sac, il faut diviser les tissus divers qui le recouvrent avec précaution, et couche par couche, en se rappelant qu'il est quelquefois tellement rapproché de la peau, qu'on pourrait, par une incision peu ménagée, arriver d'un seul coup sur les parties qui forment la hernie, et les intéresser d'une manière plus ou moins fâcheuse.

On donne à l'incision de la peau une forme cruciale ou en *T*, quand la hernie est très-volumineuse ; mais, dans les cas contraire, un seul trait de division suffit, pratiqué sur la partie moyenne de la tumeur et dans la direction du déplacement ; il doit commencer un peu au-dessus de l'ouverture d'échappement, et dépasser légèrement le fonds du sac ; on incise ensuite les tissus sous-jacent dans la même direction. Si le tissu cellulaire se présente sous forme de membranes superposées les unes aux autres, on soulève en quelque point avec des pinces ces enveloppes accessoires de la hernie. On les attaques d'abord

avec le bistouri, qu'on fait agir en dédolant, puis avec cette instrument conduit sur une sonde cannelée, ou bien avec des ciseaux à lames étroites et à pointes mousses, on les incise de dedans en dehors, en haut et en bas. Lorsque la hernie est ancienne, ces tuniques celluleuses sont parfois très-nombreuses; elles se multiplient et deviennent de plus en plus minces à mesure qu'on approche du sac; leur transparence permet souvent de distinguer la nature des parties que contient la tumeur; un épanchement séreux peut se faire entr'elles comme dans le sac lui-même, des flocons de tissu adipeux rougeâtre interposés peuvent simuler l'épiploon; ce sont autant de causes d'erreurs contre lesquelles l'opérateur doit être prévenu, sans quoi il pourrait croire être arrivé dans le sac herniaire lui-même, sans y être réellement, et débrider alors sur quelques tissus un peu résistans, dans la persuasion qu'il agit sur l'anneau ou sur le collet du sac. Une autre erreur, opposée à celles que nous venons de signaler, consiste à ne pas s'apercevoir qu'on est arrivé au sac ou même qu'on la déjà incisé; en poursuivant alors la dissection on lèse nécessairement l'épiploon ou l'intestin. Ce fâcheux accident doit surtout arriver lorsque le sac est adhérent aux parties qu'il renferme, et que l'aspect ordinaire de celles-ci est notablement altéré par suite de ces adhérences. En général, quand on est parvenu dans la cavité du sac, le doigt peut se promener dans tous les sens autour des organes qui forment la hernie, et, remontant vers le pédicule de la tumeur, s'engager plus ou moins facilement dans l'anneau; d'ailleurs la disposition particulière des vaisseaux de l'intestin et de l'épiploon, ou même les diverses nuances de coloration que l'étranglement peut y avoir déterminées, empêche qu'on ne confonde ces organes avec une tumeur graisseuse extérieure au sac. — On procède à l'incision du sac comme à celles des tuniques celluleuses qui lui sont extérieurs, et, s'il est possible, avec plus de précaution encore; on constate ensuite la nature et le nombre des parties déplacées. Si l'épiploon se présente, on s'assure s'il ne cache point dans ses replis une anse intestinale qu'on pourrait, sans cette précaution, réduire à contre-temps. Lors-

qu'on a affaire à l'intestin, et qu'il est engoué, il peut suffire, pour faire cesser les accidens, de l'attirer un peu à soi, et de repousser à l'intérieur, par des pressions bien ménagées, les matières fécales ou les gaz; mais, en général, on est forcé de recourir au débridement après avoir reconnu en quel point existe la constriction. Le plus souvent il faut inciser de dedans en dehors sur les parois abdominales elles-mêmes, au pourtour de l'anneau ou en un point quelconque du canal par lequel se sont échappés les viscères. On conduit le bistouri sur une sonde cannelée, ou mieux, sur l'index introduit dans le collet du sac, et on divise les tissus plutôt en pressant qu'en sciant. Dans quelques cas, heureusement rares, des adhérences empêchent d'insinuer l'instrument tranchant entre les viscères et les parois du sac; on est alors autorisé à pénétrer dans la cavité de l'intestin par une incision légère pratiquée au-devant de l'anneau, et à comprendre ses parois dans le débridement.

Il ne faut donner à l'incision que l'étendue strictement nécessaire pour faire cesser l'étranglement ; trop large, elle affaiblirait notablement les parois abdominales, et favoriserait le déplacement. Quand à sa direction, elle doit varier suivant l'espèce de hernie à laquelle on a affaire. Le débridement étant effectué, on s'assure s'il n'existe point d'autres causes d'étranglement que celle qu'on vient de lever, et lorsqu'il a été possible de faire la réduction, on introduit le doigt aussi profondément que possible, pour constater si les parties ont repris dans le ventre leur position normale ; en effet, il pourrait arriver qu'on eût réduit en bloc une hernie étranglée par le collet du sac, ou que des brides membraneuses, situées à l'intérieur au voisinage de l'anneau, eussent arrêté l'intestin au passage, et devinssent ainsi la cause d'un étranglement interne. Dans le premier cas, les viscères forment une tumeur que l'on doit tâcher de faire sortir en commandant des efforts au malade, et en agrandissant l'incision qu'on a faite aux parois abdominales ; dans le second, il faut avec des ciseaux à pointes mousses couper les brides qui retiennent l'intestin.

Quelquefois les accidens, ou du moins la constipation, persistent après la réduction d'une entérocèle, quoiqu'il n'y eût plus aucune cause d'étranglement; certains praticiens attribuent cette circonstance à l'atonie de l'anse intestinale réduite, et en conséquence prescrivent l'usage des purgatifs ; d'autres la considèrent comme le résultat de l'inflammation, et ont exclusivement recours aux antiphlogistiques et aux lavemens simples. M. *Dupuytren* a toujours eu à se louer de l'emploi de cette dernière méthode.

La plaie qui résulte de l'opération est d'ordinaire pansée à plat comme les plaies qui suppurent ; on peut cependant abréger le travail de la cicatrisation en faisant usage de bandelettes agglutinatives. Ce mode de pansement a peut-être aussi l'avantage de rendre le développement de la péritonite moins imminent, ou son intensité moindre : le malade est couché dans une position propre à mettre les parois abdominales dans le plus grand relâchement possible ; il est astreint à une diète sévère pendant plusieurs jours ; aussitôt qu'une douleur fixe, augmentant par la pression, se manifeste en quelque point du ventre, on a recours aux évacuations sanguines locales et même à la saignée, aux fomentations émollientes, etc. On lève le premier appareil le troisième ou le quatrième jour, et on renouvelle les pansemens à des époques plus ou moins rapprochées, suivant la quantité de la suppuration.

Plusieurs lésions préexistantes ou consécutives à l'étranglement peuvent compliquer l'opération de la hernie, et rendre la réduction difficile, impossible ou même dangereuse. Nous allons parcourir successivement ces diverses complications, en indiquant la manière d'y remédier.

1°. *Il existe des adhérences.* Si elles sont molles et récentes, l'action du doigt suffit pour les détruire ; celluleuses et lâches, on les coupe avec des ciseaux ; on les respecte enfin quand elles sont très-serrées et étendues.

2°. *L'épiploon offre un volume considérable.* Cette circonstance peut

tenir à ce que cet appendice péritonéal s'est déplacé presqu'en totalité, ou bien à ce que la portion déplacée s'est hypertrophiée ou a éprouvé quelque dégénération. Dans le premier cas, il est très-important de faire la réduction, afin de remédier aux tiraillemens qu'éprouve l'estomac et à la gêne des mouvemens d'extension du tronc; on devra, pour remplir cette indication, donner au débridement une étendue plus qu'ordinaire, et éviter autant que possible l'excision. Le retranchement d'une portion plus ou moins grande de l'épiploon sera, au contraire, de rigueur lorsqu'il sera squirrheux; il y aurait du danger à introduire dans le ventre une semblable tumeur, ou même à la laisser subsister à l'extérieur lorsqu'on ne réduit pas. On a craint, lorsqu'on fait rentrer l'épiploon après l'avoir excisé, qu'il ne survienne un épanchement à l'intérieur, et, pour obvier à ce danger, on a conseillé de jeter une ligature au-dessus du point où l'on doit réséquer. Cette ligature en masse n'est pas seulement inutile, elle peut devenir elle-même l'occasion d'accidens funestes. Si donc, ce qui est très-rare, une ou deux artères épiploïques, extraordinairement développées, donnaient lieu à une hémorrhagie grave, on les lierait isolément. Il n'est qu'un seul cas où la ligature en masse devrait être employée, c'est celui où l'effusion du sang se ferait à la fois par un grand nombre de bouches artérielles, et d'une manière si prompte et si rapide, qu'il y aurait du danger à essayer de lier successivement chaque artère.

Quelques praticiens rejettent l'excison, et préfèrent laisser l'épiploon à l'extérieur, se reposant sur les efforts de la nature pour en opérer la réduction. Mais il nous semble qu'on ne doit prendre ce parti que dans les cas où des adhérences s'opposent à la réduction immédiate; encore alors peut-il être bon de retrancher une portion de l'épiploon quand son volume pourrait faire obstacle à la formation d'une bonne cicatrice, et exposerait à une inflammation grave.

3°. *L'épiplon est gangréné.* La conduite à tenir dans ce cas, après l'excision des escharres, est tout à fait analogue à celle que nous

avons indiquée pour le précédent ; la ligature est également inutile. *Sharp* a vu plusieurs fois de légères escharres s'échapper par l'anneau après la réduction, sans qu'aucun accident se fût manifesté vers l'intérieur du ventre.

4°. *L'intestin est rétréci dans une plus ou moins grande étendue.* Lorsque ce rétrécissement est le résultat pur et simple de la constriction, il ne fait point obstacle à la réduction, car il cesse avec la cause qui l'a produit; mais lorsqu'il dépend d'un épaississement annulaire des parois de l'anse intestinale, il peut donner lieu à la persistance des accidens, en s'opposant à la libre circulation des matières fécales. Dans ce cas, on incise sur la portion rétrécie, de manière à établir un anus contre-nature, ou bien on l'excise, et on tente de réunir les deux bouts d'intestin.

5°. *L'intestin est frappé de mort.* Il est important de pouvoir distinguer si l'intestin n'est, pour ainsi dire, qu'asphyxié, et peut reprendre sa vitalité normale, ou s'il est déjà frappé de mort, ou doit l'être inévitablement. Dans le premier cas, ce qu'on a de mieux à faire c'est de le soustraire promptement au contact de l'air, et de le réduire; dans le second, la réduction pourrait devenir mortelle. Les signes auxquels on reconnaîtra qu'il ne faut pas réduire sont les suivans : les parois de l'anse intestinale ont perdu leur rénitence normale, elles sont molles et flasques comme du parchemin mouillé; la membrane séreuse se laisse facilement détacher par petits flocons; le sang ne revient pas dans les capillaires dont on l'a expulsé par une pression rétrograde; enfin on perçoit une odeur gangréneuse non équivoque, ou du moins une odeur stercorale, qui suppose une perforation ou une transudation contraire aux lois de la vie. Lorsque l'intestin est réellement gangréné, trois cas peuvent s'offrir à l'opérateur. *Premier cas.* Il n'existe qu'une escharre assez bornée, ou plusieurs escharres petites et rapprochées les unes des autres; il faut alors débrider pour prévenir l'extension de la gangrène, inciser les escharres et en exciser une partie; on évacue le bout supérieur de l'intestin, puis on réduit,

sans qu'il soit besoin de passer un fil à travers le mésentère pour le retenir vis-à-vis de l'anneau. — *Deuxième cas.* plusieurs escharres sont disséminées sur l'anse intestinale, et criblent, pour ainsi dire, sa surface. Le débridement peut être encore indiqué ; on incise crucialement les escharres, on en excise la plus grande partie en-deçà du vif, et on abandonne la séparation du reste à l'inflammation éliminatoire ; on déterge la plaie par des lotions simplement aqueuses, et on panse avec le cérat ; plus tard seulement, et lorsque l'inflammation languit, on peut faire des lotions un peu stimulantes, et substituer le styrax au cérat. — *Troisième cas.* L'intestin est frappé de mort jusqu'à l'anneau. Le débridement n'est pas alors indiqué pour faire cesser l'étranglement, puisque celui-ci a cessé par le fait même de la destruction qu'il a occasionnée, mais on peut être obligé d'y recourir pour donner une libre issue aux matières fécales, dont le bout supérieur de l'intestin est obstrué ; il doit être alors aussi superficiel que possible, afin d'éviter le danger d'un épanchement. On se conduit, du reste, comme dans le cas précédent.

On a conseillé de rétablir la continuité de l'intestin gangréné par quelqu'un des procédés opératoires proposés contre les plaies du tube digestif; mais, indépendamment des difficultés qu'ils offrent dans leur exécution, et du peu de certitude de leur succès, ils exposent, par les manœuvres plus ou moins violentes qu'ils nécessitent, à une inflammation grave ; souvent même des adhérences s'opposent à ce qu'on puisse attirer l'intestin à l'extérieur pour établir entre ces deux bouts les rapports convenables ; et certes il y aurait de la témérité à détruire ces adhérences, qui sont, comme nous l'avons vu, un des agens qu'emploie la nature pour guérir les anus contre-nature ; il vaut donc mieux, du moins dans la très-grande majorité des cas, laisser s'établir ce conduit excréteur anormal. On continue à panser, comme nous l'avons déjà dit, en entretenant dans la plaie la plus grande propreté. On seconde d'ailleurs les efforts de la nature par des lavemens fréquemment administrés, une alimentation assez abondante et de facile digestion, une compression modérée sur l'orifice fistuleux,

et même en tamponnant de temps en temps les deux bouts de l'intestin, et surtout le supérieur, avec de la charpie ou du linge. Ce tamponnement peut avoir pour effet, en dilatant l'intestin, de le ramener à sa direction normale, et d'effacer par-là même l'éperon qui constitue le principal obstacle au cours naturel des fèces. Ces moyens assez simples peuvent suffire dans les cas où la destruction a été peu étendue, et où l'éperon est peu prononcé; mais la guérison est toujours longue et l'ouverture contrariée par une foule d'accidens. Nous sommes redevables à M. *Dupuytren* d'un mode de traitement beaucoup plus efficace. Il consiste à rétablir la communication du bout supérieur de l'intestin avec l'inférieur, par l'ablation de la partie moyenne de l'éperon. Pour cela, on se sert de pinces à mors, qu'on peut rapprocher graduellement à l'aide d'une longue vis qui traverse l'extrémité des branches de leur manche. L'un de ces mors offre une rainure dans laquelle peut s'engager l'autre. On les introduit l'un après l'autre dans les deux bouts de l'intestin; on replace la vis, puis, en la faisant agir, on les rapproche peu à peu, jusqu'à ce qu'ils soient en contact. L'éperon, et même au-delà, les parois convergentes des deux bouts de l'anse intestinale se trouvent fortement pressés dans la rainure du mors inférieure. Toute cette portion d'intestin est bientôt frappée de mort et se détache au bout de quelques jours. Une inflammation adhésive, développée tout à l'entour, rend tout épanchement impossible. Ce procédé, qui constitue l'une des plus belles découvertes de la chirurgie, a réussi nombre de fois entre les mains de son illustre auteur. Le principal et peut-être le seul obstacle qui puisse s'opposer à son application, est l'imppossibilité de rencontrer l'orifice du bout inférieur de l'intestin rétréci et plus ou moins profondément rentré dans le ventre. L'anus contre-nature est alors tout à fait incurable.

PROPOSITIONS MÉDICALES

RELATIVES A L'INFLAMMATION.

I.

L'INFLAMMATION est de toutes nos maladies la plus fréquente.

II.

Elle est la source de la plupart des altérations organiques.

III.

La congestion, qui en constitue le phénomène fondamental et pour ainsi dire l'essence, résulte de ce que les capillaires, frappés d'une atonie plus ou moins complète, cèdent à l'impulsion des fluides qui les traversent et se laissent distendre par eux.

IV.

Cette atonie est le produit d'une impression trop énergique ou inaccoutumée.

V.

Il existe des inflammations lymphatiques aussi bien que des inflammations sanguines.

VI.

La tuméfaction est, des quatre symptômes assignés à l'inflammation, le seul dont l'existence soit assez constante; encore peut-elle n'être pas appréciable lorsque l'organe malade a une texture très-dence et résistante.

VII.

Un des effets les plus remarquables de l'état inflammatoire est une exudation de lymphe coagulable qui nous paraît être l'agent principal des diverses dégénérations ou productions accidentelles.

VIII.

L'inflammation chronique diffère de l'inflammation aiguë en ce que l'atonie des capillaires est plus grande, et qu'il n'y a point de réaction de la part du cœur et des artères.

IX.

Quoique partout identique dans ses *caractères* anatomiques, l'inflammation est susceptible de modifications nombreuses qui constituent pour le praticien des maladies bien distinctes, parce qu'elles exigent un traitement plus ou moins spécial. La source de ces modifications se trouve principalement dans la nature même de l'organe souffrant, dans l'étiologie de la maladie, ou enfin dans l'état du système nerveux.

X.

Dans le traitement des diverses inflammations on doit avoir autant égard aux troubles sympathiques de la digestion qu'à ceux de la circulation.

XI.

Les évacuations sanguines constituent les moyens antiphlogistiques les plus directs. La saignée n'agit pas seulement en diminuuant la masse du sang, mais aussi en provoquant la contraction des vaisseaux.

XII.

Les dérivatifs les plus efficaces sont ceux que l'on applique au tube digestif.

XIII.

Les narcotiques sont plus souvent nuisibles qu'utiles, leur action n'est d'ailleurs que palliative.

XIV.

Une diète trop rigoureuse ou trop prolongée a de graves inconvéniens. Lorsque l'inflammation n'est pas très-intense, et que le malade éprouve de l'appétit, on doit lui accorder quelques alimens d'une facile digestion.

FIN.

HIPPOCRATIS APHORISMI.

I.

In acutis affectionibus rarò, et in principiis, purgantibus utendum, atque hoc diligenti priùs adhibitâ cautione faciendum. *Sect.* 1, *aph.* 24.

II.

Asperæ (linguæ) ressicatæ phreneticæ sunt. *Coac.*, *sect.* 2, *n°.* 152.

III.

In febribus non intermittentibus, si externa quidem frigida sint, interna verò urantur, et sitim habeant, lethale. *Sect.* 4, *aph.* 48.

IV.

Quicumque aliquâ corporis parte dolentes, dolorem ferè non sentiunt, iis mens ægrotat. *Sect.* 2, *aph.* 6.

V.

Sed et, si quid doluerit ante morbum, ibi se figit morbus. *Sect.* 4, *aph.* 33.